

# ДОГОВОР

## НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Геленджик

\_\_\_\_\_ 202\_\_

Гр. \_\_\_\_\_,

в дальнейшем ПОТРЕБИТЕЛЬ, с одной стороны и

ЗАО «Лечебно-оздоровительный комплекс «Солнечная», ИНН 2304002613, ОГРН 1022300769116, о чём 19.08.2002 года внесена запись Инспекцией МНС России по г. Геленджику Краснодарского края, адрес места нахождения: 353465, Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Туристическая, 19, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице генерального директора **Егиазаряна Игоря Игоревича**, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать качественные медицинские услуги, предусмотренные лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-010527 от 14 сентября 2016 года, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, сроком – бессрочно (размещена на сайте **www.loksolnechnaya.ru**), оказываемые на основании назначения врача, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, или по желанию Потребителя, а Потребитель обязуется оплатить данные услуги в полном объеме.
2. Прейскурант цен, на предоставляемые медицинские услуги, является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.
3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы, в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Срок оказания медицинских услуг с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.
5. Исполнитель, после оказания услуг, предусмотренных настоящим договором, выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

### 2. Права и обязанности Сторон

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
- 2.1.2. Оказать медицинские услуги в полном объеме, в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату, с соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.
- 2.1.3. В случае, если при оказании медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. В случае согласия Потребителя на дополнительные медицинские услуги, составляется дополнительное соглашение к настоящему договору, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.
- 2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:
  - порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
  - информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
  - другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.
- 2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
  - об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
- 2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
- 2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
- 2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.
- 2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

## **2.2. Исполнитель вправе:**

- 2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.
- 2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

## **2.3. Потребитель обязуется:**

- 2.3.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора.
- 2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
- 2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

## **2.4. Потребитель имеет право:**

- 2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.
- 2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.
- 2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
- 2.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

## **3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

- 3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании цен, в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

- 3.2. Потребителю , в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг .
- 3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.
- 3.4. Потребитель осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.
- 3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
- 3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

#### **4. Ответственность сторон**

- 4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.
- 4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном, либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье, в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора ,либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и 3.6 настоящего договора.
- 4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

#### **5. Конфиденциальность**

- 5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
- 5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

#### **6. Заключительные положения**

- 6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- 6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
- 6.3. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.
- 6.4. Настоящий договор составлен в двух идентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
- 6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

#### **1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ»**

**ЗАО ЛОК «Солнечная»**

Адрес: 353465, Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Туристическая, 19  
ИНН 2304002613, КПП 230401001, ОГРН 1022300769116

Р/с 40702810330000000547 в ОТДЕЛЕНИИ № 8619 ПАО «СВЕРБАНК РОССИИ» г.  
Краснодар,  
БИК 040349602, ОКОНХ 91610, ОКПО 02578602  
Тел.: (86141)27059, 27603  
loksolnechnaya@gmail.com  
www.loksolnechnaya.ru

Генеральный директор  
ЗАО ЛОК «Солнечная»

И.И. Егиазарян

**2. «ПОТРЕБИТЕЛЬ» (ПАЦИЕНТ)**

ФИО:

Адрес

Паспорт:

Контактный телефон:

Подпись \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на виды  
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных  
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при выборе врача  
и медицинской организации для получения первичной  
медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

" " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо  
законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ЗАО ЛОК «Солнечная»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных  
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо  
законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)  
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **ЗАО ЛОК «Солнечная» ; 353465, Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Туристическая, 19**  
(название и адрес медицинского учреждения)

(далее – Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Согласие получено \_\_\_\_\_  
(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации  
\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О.)

Приложение № 4  
К договору оказания  
платных медицинских услуг №  
от

Генеральному директору  
ЗАО ЛОК «Солнечная»  
И.И.Егизарян

от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА  
на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)  
соответствии с требованиями п.2 статьи 9 Федерального закона от  
27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, отзываю у **ЗАО ЛОК**  
**«Солнечная»** согласие на обработку моих персональных данных, в рамках  
Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.  
Прошу прекратить обработку моих персональных данных в течение тридцати дней с  
момента поступления настоящего отзыва.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)